Ein neuer Fall

von

Uterus bicornis

mit einseitiger

Pyometra und Pyocolpos.

Inaugural-Abhandlung

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Præsidium

von

Dr. **Johann Säxinger**

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der geburtshilflichen und gynäkolog. Klinik in Tübingen

vorgelegt von

Georg Teuffel

aus Tuttlingen.

Tübingen, 1874.

Druck von Heinrich Laupp.

Bei Gelegenheit der Veröffentlichung dieser Arbeit spreche ich allen meinen verehrten Herrn Lehrern für das mir erwiesene Wohlwollen meinen wärmsten Dank aus; insbesondere bezeuge ich denselben Herrn Professor Dr. Säxinger, für die gütige Ueberlassung des vorliegenden Falles und für die, bei dessen Bearbeitung mir zu Theil gewordene Unterstützung.

Das Werk von Kussmaul: »der Mangel, die Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter« Würzburg 1859, hat die Aufmerksamkeit der Gynäkologen auf die am weiblichen Genitalkanale vorkommenden Bildungshemmungen gelenkt. Dieselben wurden sowohl vom anatomischen und physiologischen als vom gynäkologischen Standpunkt aus seither eingehend gewürdigt und die Casuistik durch genau beschriebene und scharf gesichtete Fälle stark bereichert. Schröder's Arbeit: »kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina angeknüpft an einen Fall von Uterus und Vagina duplex mit Atresie und Verhaltung des Menstrualblutes der rechten Hälfte« Bonn 1866, hat eine Reihe von Beobachtungen zur Veröffentlichung gebracht, wo bei Persistenz der Zweitheilung des Genitalrohres Verschluss und Secret-Retention der einen Seite vorhanden war. Viele dieser Fälle wurden richtig diagnosticirt und durch einen operativen Eingriff radikal geheilt. Die bis jetzt bekannt gewordenen Fälle zeigen eine grosse Mannigfaltigkeit, welche zum Theil aus der verschiedenen Länge des atresirten Rohres, welches bereits in den verschiedensten Abstufungen beobachtet worden ist, zum Theil aus dem verschiedenen Inhalt der

atresirten Seite (gewöhnlich Blut, seltener Eiter und am seltensten Serum) endlich aus den Komplikationen der einzelnen Fälle herrührt. Bei genauer Untersuchung der geheilten Fälle ergab sich manche Eigenthümlichkeit, welche auf die Erkenntniss der Anomalie während des Lebens von Einfluss ist, wesshalb es wohl dieser Umstand allein schon gerechtfertigt erscheinen lässt, jeden neuen Fall dieser Art der Oeffentlichkeit zu übergeben. Wenn schon die durch Atresie des einfach entwickelten Genitalrohres zu Stande gekommene Retention des Menstrualblutes (Haematometra, Haematocolpos) eine nicht allzuhäufige Erscheinung ist, so ist die bei Zweitheilung des Genitalrohres durch Atresie der einen Seite bedingte Haematometra, Haematocolpos in noch höherem Grade, wesshalb auch die Seltenheit solcher Fälle allein schon die Veröffentlichung jedes neuen Falles rechtfertigt. Ich habe Gelegenheit gehabt einen solchen interessanten und seltenen Fall von Zweitheilung des weiblichen Genitalrohres mit Atresie der einen Seite und Retention von Eiter in derselben auf der hiesigen gynäkologischen Klinik zu beobachten und zu untersuchen. Herr Professor Säxinger überliess mir denselben zum Gegenstand meiner Inaugural-Abhandlung, wofür ich ihm hier meinen wärmsten Dank ausspreche. In der weitaus grösseren Zahl aller bis jetzt veröffentlichten Fälle von Uterus und Vagina duplex mit Atresie der einen Seite war der Inhalt in dem verschlossenen Theile angesammeltes Menstrualblut. Professor Breisky hat zuerst einen Fall von Uterus und Vagina duplex im Archiv für Gynäkologie Band II. Heft I. veröffentlicht, wo der Inhalt in der verschlossenen Seite aus Eiter bestand,

mithin eine Pyometra und Pyocolpos lateralis vorhanden war. Bald darauf hatte Breisky abermals Gelegenheit, auf seiner Klinik einen zweiten Fall von dieser Affektion zu beobachten, welchen er im Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte N. 4 veröffentlicht. Ein 3. und 4. Fall von Pyometra und Pyocolpos wurden auf der hiesigen gynäkologischen Klinik beobachtet, wovon der erstere von Dr. Magenau 1872, der letztere von Dr. Neudörffer 1873 als Inaugural-Abhandlung veröffentlicht wurde. In der Arbeit des Dr. Neudörffer wurde ausserdem ein 5. Fall dieser Art beschrieben, welchen Herr Professor Säxinger bereits im Jahre 1867, also lange vor Veröffentlichung des ersten Falles von Breisky auf der Prager gynäkologischen Klinik beobachtet hatte und wo durch die Section die Zweitheilung des Genitalrohres mit Retention von Eiter in der einen Hälfte bestätigt wurde. Es darf wohl als Zufall seltener Art bezeichnet werden, dass bald nach Veröffentlichung des 4. und 5. Falles durch Dr. Neudörffer abermals ein Fall dieser seltenen Affektion auf der hiesigen gynäkologischen Klinik zur Beobachtung kam, so dass von den bis jetzt veröffentlichten 6 Fällen von Pyometra und Pyocolpos lateralis 4 von Herrn Prof. Säxinger behandelt wurden, wovon eine Patientin an allgemeiner Bauchfellentzündung starb, ohne dass selbe operirt worden ist, während die anderen 3 Patientinnen nach der Operation radikal geheilt wurden und sich des besten Wohlseins erfreuen. Dr. Neudörffer hat in seiner Dissertation die Entwicklungsgeschichte des Uterus und der Scheide, sowie die Eigenschaften des Uterus bicornis et bilocularis eingehender abgehandelt, während Dr.

Magenau die in der Literatur zerstreuten Fälle von Uterus duplex mit Atresie und Retention von gestautem Menstrualblut der einen Seite gesammelt und selbe im Auszuge der Reihe nach angeführt hat. Ich glaube nichts Ueberflüssiges zu thun, wenn ich die seit dem Erscheinen der Dissertation von Dr. Magenau veröffentlichten neuen Fälle von Uterus und Vagina duplex ebenfalls im Auszuge mittheile, bevor ich den auf der hiesigen gynäkologischen Klinik beobachteten Fall ausführlich beschreibe. In der Dissertation von Dr. Magenau sind 17 Fälle von getheiltem Genitalrohre aus der Literatur angeführt, wo in 15 Fällen als Inhalt in dem verschlossenen Theile Menstrualblut in 2 Fällen Eiter sich vorfand. Magenau hat nur jene Fälle gesammelt, wo die Diagnose des zweigetheilten Genitalrohres, sowie der Verschluss der einen Seite desselben mit Ansammlung des gestauten Inhaltes ausser Zweifel war. Hertzfelder, Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde 1856 December, Credé, Monatsschrift für Geburtskunde 1857, 9. Band, Hegar, Monatsschrift für Geburtskunde 1861, 17. Band, Braun, Wiener medizinische Wochenschrift 1861, 11. Jahrgang und endlich Breslau, Schweizerische Zeitschrift für Heilkunde 1863, S. 203 haben ferner Fälle von Haematocelen beschrieben, welche, wie schon Schröder in seiner Schrift über die Diagnose der Haematocele 1866 nachgewiesen hat, so sehr mit dem Krankheitsbilde der als Complication der Duplicität des Uterovaginalkanales auftretenden einseitigen Haematometra übereinstimmen, dass verschiedene Autoren wie z. B. Neugebauer nicht anstehen, diese Fälle als Haematometra bei zwei-

getheiltem Uterovaginalrohr zu bezeichnen. In einem dieser Fälle und zwar in dem von Hegar beobachteten stellte sich durch erneute Untersuchung nachträglich der Irrthum heraus, so dass dieser Fall als Haematometra einer Hälfte eines Uterus duplex hingestellt werden muss. Rechnen wir diese Fälle von Haematometra, welche als Haematocelen veröffentlicht wurden, zu den 17 Fällen, welche in der Dissertation von Magenau gesammelt sind hinzu, so wächst die Zahl der Fälle auf 22, hiezu ferner der von Magenau beobachtete Fall von Pyometra und Pyokolpos, so dass mit den 2 von Dr. Neudörffer veröffentlichten Fällen von Pyometra die Gesammtzahl aller bis zum Jahre 1873 bekannt gewordenen Fälle 25 beträgt. Neue Fälle von Haematometra bei Uterus duplex haben seither Neugebauer, Freund, Breisky, Hegar veröffentlicht.

Die 4 Beobachtungen von Neugebauer, Freund sind gewöhnliche Fälle von einseitiger Haematometra bei zweigetheiltem Uterovaginalkanal, während Hegar 2 Fälle von Haematometra in dem rudimentären Horn eines Uterus unicornis und Breisky einen Fall von Hydrometra in Folge congenitalen Verschlusses eines Scheidenrudimentes bei Uterus duplex veröffentlichten.

Diese 7 neuen Fälle und der von mir auf der hiesigen gynäkologischen Klinik beobachtete erhöhen die Zahl aller Fälle von Haematometra, Pyometra, Hydrometra bei Uterus duplex auf 33.

Neugebauer beschrieb im Archiv für Gynäkologie 2. Band, 2. Heft 1871, 2 Beobachtungen von einseitiger Haematometra bei Uterus duplex. Der erste Fall betraf ein 19jähriges Mädchen, welches mit Aus-

nahme eines im eilften Jahre durchgemachten schweren Typhus stets gesund war. Sie bekam erst im 17. Jahr die Regeln. Dieselben hielten 6 Tage an und waren sehr reichlich. Die Kranke litt dabei an äusserst heftigen Schmerzen in der Tiefe des Unterleibes und dem Becken und gleichzeitig bildete sich eine mehr als faustgrosse Geschwulst im Hypogastrium heraus. Nach Aufhören der Blutung liessen die Schmerzen nach, hörten aber nicht gänzlich auf, ebensowenig verlor sich die Geschwulst. Bei den nächsten Perioden stellten sich stets dieselben Schmerzen ein wie früher. Als Neugebauer die Kranke zuerst sah, fand er eine längliche fast walzenförmige Geschwulst, welche von der Beckenhöhle ausging, sich nach rechts und oben bis in die Bauchhöhle erstreckte und bis fast zum Nabel hinaufreichte. Sie lag unmittelbar der Bauchwand an und liess sich etwas verschieben. Die Geschwulst verursachte spontan Schmerzen, welche bei Berührung sich bedeutend steigerten. Die Oberfläche derselben war gleichmässig und zeigte einige Fluktuation. Per vaginam fühlte man die Geschwulst in der Höhe des Beckeneinganges von solchem Umfange, dass sie letzteren zum grössten Theile ausfüllte und sich von dort mit abgestumpfter Spitze bis unter das Niveau des Blasenhalses erstreckte. Die nach abwärts gekehrte Spitze fand sich etwa $2\,^1/_2$ Cm. oberhalb der Scheidenmündung, die Scheide war durch die Geschwulst etwas nach hinten und links gedrängt. Die Scheide selbst zog sich an der Geschwulst so hoch hinauf, dass ihr Ende sowie die Vaginalportion mit den Fingern nicht zu erreichen war. Diese selbst konnte man mit der Sonde als durchaus fest mit dem

Körper der Geschwulst zusammenhängend erkennen. In dem in dem Becken befindlichen Theile der Geschwulst war die Fluctuation ungleich deutlicher als in dem in der Bauchhöhle gelegenen. Zugleich konnte man sich durch die bimanuelle Untersuchung deutlich überzeugen, dass die Geschwulst eine einzige grosse mit Flüssigkeit gefüllte Höhle war.

Neugebauer stellte die Diagnose auf Zweitheilung des Uterus und der Vagina, auf angebornes Verschlossensein des unentwickelt gebliebenen unteren Theiles der rechten Scheide und endlich auf Ansammlung von gestautem Menstrualblut. Bei der nächsten Menstruation sah man deutlich wie das Menstrualblut durch die offene linke Scheide ablief, bemerkte auch gleichzeitig ein Stärkerwerden der Geschwulst, welche gleichzeitig auch schmerzhafter wurde. Die Operation wurde in der Steinschnittlage vorgenommen und zwar wurde ein spitzes Bistouri in den abhängigsten Theil der Geschwulst eingestossen.

Es floss sofort eine dunkelbraunrothe, geruchlose, schleimig-klebrige dünnflüssige Flüssigkeit ab, welche Honigsconsistenz hatte. Auf einer Hohlsonde wurde die Geschwulst in der Länge von 2½ Cm. gespalten, der eingedrungene Finger konnte die allenthalben glatten Wände derselben abtasten. Es floss eine grosse Menge der obengenannten Flüssigkeit ab, ohne dass auf die Geschwulst selbst ein Druck ausgeübt worden wäre, die Menge betrug etwa 400 Gm. Die Geschwulst hat sich nach der Entleerung etwa auf den achten Theil ihrer ursprünglichen Grösse verkleinert, war aber nach wie vor bei Berührung sehr schmerzhaft. Die Kranke be-

fand sich einige Zeit nach der Operation wohl, bis allmälig eine Bauchfellentzündung sich einstellte, welche den Tod am 18. Tage herbeiführte. Eine Section wurde nicht gestattet. Der linke Uterus war nach der Operation von der Bauchhöhle, nicht aber von der der Scheide aus zu tasten, ebensowenig gelang die Einführung der Uterussonde.

Der 2. Fall betraf ein 19jähriges Mädchen von kleinem, regelmässigem Körperbau, dasselbe war gut genährt, entwickelte sich als Kind normal und bekam im 16. Jahre ihre Regeln. Dieselben waren sparsam und mit heftigen Schmerzen im Unterleib und Kreuz, sowie lästigem Druck auf Blase und Mastdarm verbunden, die Schmerzen hielten stets während der ganzen Dauer der Periode an, hörten dann auf; um mit den nächsten Regeln wiederzukehren. Gleich nach der ersten Periode fühlte das Mädchen eine Geschwulst in der linken unteren Bauchgegend, welche regelmässig bei Eintritt der Periode grösser und schmerzhafter wurde.

In der Zeit zwischen den einzelnen Regeln war das Allgemeinbefinden des Mädchens gut, nur fühlte sie sich ungewöhnlich matt und schwach, wesshalb sie Hülfe im Krankenhause suchte. Bei der Untersuchung daselbst fand Neugebauer, dass der Uterovaginaltheil von seinem oberen Ende an bis zur Höhe des Blasenhalses hinab doppelt war, dass aber nur der rechte von den vorhandenen beiden Uterovaginalkanälen sich frei in die eine offene Scheide fortsetzte, der linke hingegen in der Höhe des Blasenhalses endigte und durch Blut zu einer grossen, länglichen, leicht gekrümmten, stramm gespannten, undeutlich fluktuirenden Geschwulst — einer

Haematometra — ausgedehnt war. Letztere nahm mit ihrem unteren Ende den Beckeneingang und die obere Hälfte des Beckenkanales fast ganz ein, während der obere Theil derselben sich nach links und oben, bis zum Nabel in die Bauchhöhle hinauferstreckte. Die Geschwulst hatte die Grösse eines 6 Monate schwangeren Uterus. Die offene Scheide war durch die Geschwulst nach rechts und hinten verdrängt und so in die Länge gezogen, dass es auch hier nicht möglich war den Scheidentheil des einen Uterus mit dem Finger zu erreichen und mit dem Spiegel bloszulegen. Die Geschwulst wurde einfach durch Einstossen einer Gebärmuttersonde an ihrer tiefsten Stelle geöffnet, es floss etwa ein Kilogramm von schwarzem, theerartigem, geruchlosem Blut ab. Der Abgang dauerte wie bei dem ersten Falle nur noch wenige Tage nach der Operation, und hörte allmälig gänzlich auf. Die Kranke hatte die ersten 3 Tage geringes Fieber, sowie Schmerz im Unterleib. Allmälig stellte sich ein eitriger Ausfluss ein, wie bei der ersten Kranken; auch kam heftiges Fieber hinzu. 16 Tage nach der Operation traten, angeblich in Folge eines Diätfehlers, Uebelkeit, Erbrechen, sowie heftigere Schmerzen im Bauch ein, zugleich steigerte sich das Fieber bedeutend. Diese Zufälle mässigten sich aber nach einigen Tagen wieder, bis sie nach 16 Tagen sich abermals einstellten und unter Erscheinungen einer Bauchfellentzündung den Tod des Mädchens herbeiführten. Auch diese Section wurde nicht gestattet. Die Beschreibung der Fälle lässt manches zu wünschen übrig, namentlich vermisst man eine genaue Untersuchung der Fälle einige Tage nach der Operation, wo es nach Ent-

leerung der Haematometra gewiss gelungen wäre, beide Scheidentheile zu tasten und selbe durch das Speculum ansichtig zu machen. Auch hätte eine vorsichtige Sondirung über die Form, Lage, Grösse der beiden Gebärmütter und ihr Verhältniss zu einander Aufschluss gegeben, wie es bei den 3 auf der hiesigen gynäkologischen Klinik beobachteten Fällen von Uterus und Vagina duplex sich ergab. Ueber das Verhalten des Scheidenrudimentes fehlen ebenfalls genauere Angaben, ebenso darüber, ob der Muttermund der geschlossenen Gebärmutter zu touchiren war oder nicht.

Die nächsten 2 Fälle sind von Freund in Breslau in den Beiträgen zur Geburtshilfe und Gynäkologie II. Band 1. Heft Berlin 1872 veröffentlicht.

Der erste Fall betraf eine 17jährige Schauspielerin, welche als fünfjähriges Mädchen durch längere Zeit an Harndrang gelitten hatte. Die Regel sei im 13. Jahre gekommen und habe gleich das erstemal durch 6 Wochen mit etwas Krampf gedauert. Die nächsten Perioden dauerten kürzer, kamen aber unregelmässig, 3 Jahre vor ihrer Operation traten 3mal noch lang dauernde mit Schmerzen verbundene Blutungen ein. Darauf sei die Menstruation wieder spärlicher, jedoch stets schmerzhafter geworden. Die Schmerzen seien alle 4 Wochen mit der Periode gekommen, haben in der Unterbauchgegend, sowie im Kreuz ihren Sitz gehabt und haben sich in der letzten Zeit zu einer furchtbaren Höhe gesteigert. Es traten auch Stuhl- und Harndrang, sowie Urinverhaltung und heftiges Abwärtsdrängen nach dem Schoosse auf. Das kräftig gebaute, weiblich gut entwickelte Mädchen ist blass, fieberlos. Ihr Gesicht zeigte

eine auffallende Breite. Die Regio hypogastrica ist in der rechten Seite etwas voller und etwas mehr hervorgewölbt. Die äusseren Genitalien sind normal, der Hymen einfach, halbmondförmig, intakt, die unteren 2 Drittel der Vagina sind normal. Im oberen Drittel findet sich rechts eine Geschwulst. Mit Mühe findet man die Vaginalportion extramedian und links gelagert, sehr hoch stehend und winzig ausgebildet, dieselbe existirt eigentlich nur im linken, vorderen und hinteren Umfange, nach rechts geht sie in der Geschwulst auf, so dass auch das halbmondförmig offene enge Orificium externum direkt von dieser letzteren begrenzt wird. Es gelang leicht den Cervix, sowie den schmalen, walzenförmigen Uteruskörper bimanuell abzugrenzen, der letztere liegt nach hinten und links in der Gegend der Synchondrose. Die Sondirung ergab 6 · 5 Cm. Höhlenlänge. Es liess sich sicher nachweisen, dass der Cervix bis etwa in die Hälfte seiner Länge eng mit der Geschwulst zusammenhängt, welche sich aus dem kleinen in das grosse Becken erstreckt. Von der Stelle dieses Zusammenhanges nach oben bilden Uterus und Geschwulst einen fast spitzen Winkel. Die Geschwulst geht vom oberen Drittel der Vagina beginnend, bis etwa in die Mitte der fossa iliaca, ihre Breite erstreckt sich von links, etwa 3 Querfinger über die Medianlinie nach links hinaus, bis zur rechten Beckenwand, welcher sie fest anliegt. Ein Druck von Aussen auf die Geschwulst pflanzt sich deutlich auf den Theil in der Scheide und umgekehrt fort, gleichzeitig zeigt die Geschwulst undeutliche Fluktuation. Nach diesem Befunde konnte es keinem Zweifel unterliegen, dass man es mit einer

Haematometra und Haematocolpos in der rechten atresirten Seite eines Uterus duplex bicornis mit doppelter Vagina zu thun hatte, deren geschlossene Hälfte rudimentär entwickelt war. Die Operation wurde in der tiefen Chloroformnarkose in der Steinschnittlage in der Weise ausgeführt, dass die Geschwulst von ihrem tiefsten Theile an mit einem Bistouri bis zum Vaginaltheil des linken Uterus in der Länge von 2 Cm. gespalten wurde. Es entleerte sich sofort etwa $^1/_2$ Trinkglas der bekannten, dunkelrothbraunen, chocoladeartigen Masse. Der Ausfluss wurde ganz der Natur überlassen und dauerte 5 Tage. Die jetzt angestellte Untersuchung ergibt an Stelle der vorher in der Scheide befindlichen Geschwulst einen schlaffen Sack, die künstliche Oeffnung gestattet gerade die Einführung des Fingers, welcher das rundlich offene, gerade für die Spitze des Zeigefingers durchgängige Orificium externum des rechten Uterushorns tastet. Die rechte Portio vaginalis ist der linken entsprechend gestaltet, indem nur ihr äusserer, hinterer und vorderer Umfang deutlich ausgeprägt ist, der innere aber in das gemeinschaftliche Septum vaginale übergeht. Das ganze rechte Horn ist birnförmig, von leicht unebener Oberfläche, hinsichtlich seiner Lage dem linken sehr ähnlich, aber etwa 5 Mm. grösser als dieses, auch sind seine Wandungen auffallender dicker. Das linke Horn verhält sich in Bezug auf Gestalt, Lage und Grösse wie vorher, aber die mediane Wand seiner Portio vaginalis geht jetzt mit einer deutlich fühlbaren Hervorragung in das schlaffe Septum über. Nachzuweisen war, dass es mit dem rechten Horn nicht continuirlich zusammenhängt, sondern dass vielmehr beide

Hörner durch einen Winkel bis zum äusseren Muttermund, getrennt neben einander liegen. Das Mädchen ist völlig gesund aus der Behandlung entlassen worden.

Der 2. Fall betraf ein 16jähriges Mädchen, das zum erstenmal im 13. Jahr mit ohnmachtartigen Zufällen menstruirt wurde. Die unregelmässig auftretende Menstruation wurde allmälig schmerzhaft, die Schmerzen steigerten sich bis zu einer bedeutenden Höhe und waren mit Harn-Stuhldrang, Schüttelfrösten mit darauf folgender Hitze, Trismus stundenlang bestehend, sowie mit deutlich auftretenden Wehen nebst Erbrechen, Schlafsucht, Delirien verbunden. Das stark und wohlausgebildete Mädchen erschien beim ersten Blick ganz gesund. Wie beim ersten Fall war auch hier die Regio hypogastrica in der rechten Seite deutlich hervorgewölbt und bei Berührung sehr schmerzhaft. Die äusseren Genitalien waren ebenso wie der einfache Hymen intact. Im oberen Drittel der Scheide findet sich rechts eine Geschwulst von der Grösse einer Citrone. Ihr unteres Ende ragt frei in die Scheide hervor, so dass man eine kurze Strecke zwischen Tumor und Scheide hinauf gelangt. Im oberen Drittel war die Geschwulst im Umfang kleiner und steigt mit einer Art Hals in das Laquear vaginae hinauf, welches sie so ausfüllt, dass es anfangs nicht gelang, ein anderes Gebilde daselbst zu entdecken. Nach sorgfältiger Untersuchung findet sich eine anscheinend seichte Oeffnung, ähnlich einem Blutegelbiss, hoch oben in dem cylindrischen Hals der Geschwulst wie eingemeisselt, seitwärts in das linke Laquear vaginae sehend. Nur der untere voluminösere Theil der Geschwulst giebt ein undeutliches Gefühl von Fluc-

tuation, während der Halstheil fest elastisch sich anfühlt. Die bimanuelle Untersuchung zeigt eine nicht genau zu umschreibende Geschwulst im rechten Hypogastrium. Bei gründlicher Untersuchung in der Narkose wird die Continuität des vaginalen und hypogastrischen Tumors nachgewiesen, während der Uterus in seinem Körper durch einen spitzen Winkel von dem Tumor getrennt erscheint, er kann deutlich nach links verfolgt werden, seine Höhle misst 5 Cm. Die Diagnose konnte unter diesen Umständen mit Sicherheit auf Flüssigkeits-Ansammlung in der rechten verschlossenen Seite eines doppelten Genitalkanales gestellt werden. Es konnte ferner erkannt werden, dass ein Uterus duplex bicornis mit kurzem Cervical-Verbindungsstück und zwei Scheiden vorhanden sind, von welchen die rechte bis auf $^2/_3$ der normalen Länge entwickelt aber verschlossen war. Die Operation wurde in derselben Weise wie beim ersten Fall vorgenommen. Es entleerte sich eine grosse Menge ähnlich beschaffenen Inhalts, wie früher schon beschrieben wurde. Die mikroskopische Untersuchung der geruchlosen, rothbraunen Masse zeigt rothe Blutkörperchen, sowohl frische, als auch in den verschiedensten Stadien regressiver Metamorphose befindliche, grössere und kleinere Zellen mit granulirtem Blutfarbstoff erfüllt, freiliegendem granulirtem Blutfarbstoff, Epithelialzellendetritus. In ruhiger Bettlage entleerte sich diese Masse innerhalb 8 Tagen in einzelnen von Wehen begleiteten Stössen ohne Fieber. Die Untersuchung durch die für den Finger noch durchgängige künstliche Oeffnung ergiebt eine kurze, wohl noch über 2 Cm. im Durchmesser offene Portio vaginalis, das Corpus uteri

erscheint mindestens auf die Hälfte des vorigen Umfanges reduzirt, aber war noch so empfindlich, dass von genauer Betastung abgesehen werden musste. Das Befinden des Mädchens blieb gut, die Menstruation stellte sich mit 2 Frostanfällen ein, verläuft aber ohne jede Störung in einer Woche. Der Blutabgang schien nur aus dem linken Horne zu kommen, das Blut war von Zeit zu Zeit mit eitriger Flüssigkeit gemischt. Da die künstliche Oeffnung sich sehr rasch verkleinerte, die rechte Scheide aber noch eitrige Flüssigkeit enthielt, so wurde das ganze Scheidenrudiment der Länge nach gespalten und ein groschengrosses Stück aus dem Septum herausgeschnitten, worauf die eitrig-jauchige Flüssigkeit sich völlig entleerte und das Mädchen bald vollständig geheilt aus der Behandlung entlassen werden konnte. In diesem Falle konnte ferner nachgewiesen werden, dass die rechte Scheide in Spiralstellung zur linken sich befand, indem die beiden Scheidenkanäle nicht in derselben Frontalebene lagen. Das Verhältniss der Lage der beiden Scheiden war jedoch nicht dasjenige, welches nach Prof. Dohrn stets bei Verschmelzung der Müller'schen Gänge zu Stande kommt und darin besteht, dass von den Müller'schen Gängen gewöhnlich der linke weiter nach vorn als der rechte liegt und dass beide in schiefer Stellung zu verschmelzen pflegen. Der Druck des linkseitig gelegenen Enddarms ist hievon die Ursache. Die häufig wahrzunehmende Axendrehung des Uterus mit seiner linken Kante nach vorn, ist sonach bedingt durch die erste Embryonalanlage des Organes. In diesem Falle lagen allerdings die beiden Scheiden nicht in derselben Frontalebene, aber es lag nicht einfach die linke

Hälfte des Genitalschlauches vor der rechten, sondern es schlang sich vielmehr die letztere an der ersteren so herab, dass das rechte Horn und der obere Theil der Vagina vorn rechts, der untere hingegen hinten und rechts von der linken zu liegen kam. Alle bis jetzt beobachteten Fälle von Haematometra bei Uterus duplex betrafen Ansammlung von gestautem Menstrualblut in der einen Hälfte eines Uterus bicornis. Hegar veröffentlichte in den Berliner Beiträgen zur Geburtshülfe und Gynäkologie 3. Band, I. Heft 1874 zuerst zwei sehr interessante Fälle von Haematometra in dem rudimentären Horn eines Uterus unicornis. Der erste Fall betraf ein 26 Jahre altes Fräulein, welches im 14. Jahr zuerst die Menses und von da an regelmässig ohne Schmerzen und Beschwerden bekam. Mit 25 Jahren machte Patientin einen anstrengenden Gang bei stürmischem Wetter, etwa 14 Tage nach Ablauf der Menses, worauf eine Blutung aus den Genitalien erfolgte. Von dieser Zeit an waren die Menses anteponirend, schmerzhaft und auch im Intervall Druck und Schwere im Unterleib vorhanden. Nicht lange darauf entdeckte der behandelnde Arzt eine kleine Geschwulst, rechts oberhalb des horizontalen Schambeinastes. Später wurden die Menses postponirend, spärlicher. Die Beschwerden verstärkten sich, stechende, bohrende Schmerzen im rechten Hypogastrium, Digestionsstörungen traten hinzu. Der Zustand wurde zuletzt ein so elender, dass die Patientin das Bett nicht mehr verlassen konnte. Bei der Untersuchung fand Hegar die Patientin herabgekommen, blass. Rechts über dem horizontalen Schambeinast eine etwa gänseeigrosse, etwas bewegliche,

schmerzhafte, feste Geschwulst. Die normal grosse und normal gestaltete Portio vaginalis bot keine Abweichung dar, der Muttermund war querspaltig. Im hinteren Scheidengewölbe fühlte man den anscheinend normal grossen Uteruskörper, der in leichter Retroversion sich nach der linken Seite zu zog. Rechts vom Collum lag der feste Tumor. Derselbe drängte das Scheidengewölbe nirgends herab. Erst beim Gegendruck von Aussen wird der Fornix flächer und der touchirende Finger fühlt die Geschwulst alsdann in grösserem Umfang. Dieselbe lag fast rein seitlich. Am tiefsten ging sie vor einer Linie herab, welche man von der Vaginalportion quer nach aussen zog, während der Finger durch das hintere Scheidengewölbe höher hinauf gelangen musste, um die Geschwulst zu erreichen. Die Consistenz war fest, die Oberfläche nicht völlig glatt, die Empfindlichkeit gross. Beweglichkeit war nur mässig vorhanden. Bei der Rectaluntersuchung mit einem Finger liess sich ein etwa bleifederdicker, $2^1/_2$ — 3 Cm. langer Strang entdecken, der vom Isthmus des Uterus nach aussen zum Tumor trat. Unterhalb desselben bestand eine flache Furche, doch fühlte man deutlich eine weitere membranöse Verbindung zwischen Collum uteri und Tumor. Ein tieferes Eingehen in das Rectum, um den Zustand der Uterusanhänge zu untersuchen, war wegen der grossen Schmerzhaftigkeit nicht rathsam. Die Anamnese im Verein mit dem Ergebniss der Untersuchung gaben Anhaltspunkte für eine richtige Deutung des Falles. Da es keine Geschwulst gibt, welche mit einem festen rundlichen und glattrundlichen Stiel von dem Isthmus des Uterus entspringt, so musste man an die

Möglichkeit eines Uterus unicornis mit zweitem rudimentär entwickeltem Horne denken. Kann man im speziellen Fall den Nachweis liefern, dass der Uterus ein Einhorn ist, so wird dadurch die Diagnose sicher gestellt. Um sich von der Richtigkeit der Diagnose zu überzeugen, nahm Hegar die Explorativpunction vor. Da der Tumor sich so schlecht in dem Scheidengewölbe präsentirte, jedoch durch die Finger eines Gehilfen leicht an die Bauchdecken angedrückt werden konnte, so nahm Hegar die Punction durch dieselben vor.

Es wurde eine anscheinend dicke Wand durchstossen, ehe man in die Höhle gelangte, worauf die bekannte theerartige Masse, welche zahlreiche Eiterkörperchen enthielt, abfloss. Da keine Entleerung beabsichtigt wurde, so entfernte man die Kanäle sofort und legte einen Compressivverband an. Es kam zu keinerlei Störung. Die Diagnose war gesichert, aber schwer war die Entscheidung bezüglich der einzuschlagenden Therapie. Man konnte von jeder eingreifenden Therapie absehen und die Beschwerden und Consequenzen der Haematometra möglichst zu lindern suchen, und man konnte sich mit der ein- und mehrmaligen Punction der Geschwulst begnügen, und endlich man konnte als Radicalmittel an die Exstirpation der Geschwulst und die Etablirung einer dauernden Fistel entweder durch die Bauchdecken oder die Vagina denken. Hegar entschloss sich zur Etablirung einer Fistel im Scheidengewölbe. Da die unmittelbare Punction und Incision ohne alle Rücksicht auf das Bauchfell bei der bestehenden Beweglichkeit des Tumors bedenklich erschien, so beschloss Hegar an der Stelle, welche später zur Er-

öffnung benützt werden sollte, eine Verlöthung herbeizuführen. Die Anlegung einer Drahtsutur gelang nicht, wesshalb Hegar mit einer Aetzstange, bestehend aus Kali caust. mit Kalk gerade seitlich und etwas entfernt von der Portio vaginalis einen Schorf zu erzeugen suchte. Als der Schorf abfiel, war zwar eine deutliche Grube vorhanden, aber kein grosser Substanzverlust hervorgebracht. Die Kranke wurde entlassen, um die Vernarbung abzuwarten. Als sie nach zwei Monaten wieder kam, zeigte sich der Tumor weniger mobil und ragte etwas weiter nach abwärts, jedoch blos in dem seitlichen Scheidengewölbe und etwas nach vorn. Die Narbe lag ziemlich dicht an der Portio vaginalis an, auch schien der Tumor enger am Collum des Uterus anzuliegen. Hegar punktirte mit einem mässig starken Troikart, jedoch ohne Speculum, da selbes die Geschwulst verdrängte, der Einstich wurde zu weit nach vorn gemacht. Es flossen etwa 100 Gramm theerartigen Blutes ab. Auf die Entleerung folgte etwas Fieber und leichte peritonitische Erscheinungen. Sehr bald zeigte es sich jedoch, dass mit dem Blute Urin abging, ebenso entleerte sich durch die Harnröhre mit dem Urin altes Blut, die doppelte Perforation der Blase war hiemit bewiesen. Der Urinabgang durch die Scheide sistirte schon nach 8 Tagen und die Hoffnung, dass die Communication zwischen Geschwulst und Blase erhalten bliebe, ging auch nicht in Erfüllung. Bei der nächsten Periode, welche 14 Tage nach der Punction eintrat, entleerte sich noch etwas Blut, aber bei der zweiten blieb der Harn klar. Das rudimentäre Horn war zu dieser Zeit wallnussgross. Die Patientin wurde unge-

heilt entlassen. Der zweite Fall betraf ein 19jähriges Bauernmädchen, welches mit 15 Jahren zum ersten Mal menstruirte; die erste Periode war schmerzlos. Die zweite war schon mit starken Schmerzen verbunden und dauerte sieben Tage. Seit dieser Zeit sind die Regeln stets von Schmerzen begleitet gewesen, auch traten seit zwei Jahren häufig Schmerzen im Intervall auf, später kamen Stuhldrang, schmerzhafte Defäcation, sowie Harndrang hinzu. Bei der Untersuchung fand man die Vaginalportion normal, 1 Cm. lang, querspaltig, cylindrisch. Nach rechts und hinten von ihr lag eine etwa apfelgrosse, feste, gegen Druck empfindliche, etwas bewegliche Geschwulst, welche das hintere Scheidengewölbe rechts stark hervorwölbte.

Durch den Mastdarm fühlte man die stark nach dem Rectum vorspringende Geschwulst noch deutlicher. Nach links vom Tumor lag der Uterus, welcher etwas nach links und hinten gelagert war. Der supravaginale Abschnitt des Collum fühlte sich massig und ziemlich lang an, zwischen ihm und der Geschwulst lag eine Furche, in deren Tiefe man deutlich eine membranöse Verbindung wahrnehmen konnte. Am oberen freien Rand derselben lief ein fester Strang, bleifederdick vom Uterus zur Geschwulst. Oberhalb des Stranges nach links liess sich ein sehr dünner, etwa 2 Cm. langer Uteruskörper wahrnehmen, sammt seinem beweglichen Eierstock. Die Explorativpunction durch die Scheide bestätigte die Diagnose, ergab zugleich, dass die Schichte, welche der Troikart zu durchdringen hatte, sehr dick war. Hegar versuchte zuerst die Beweglichkeit des Tumors durch Adhäsion zu beseitigen und will dann

später eine dauernde Fistel an der abhängigsten Stelle der Geschwulst in der Scheide etabliren. Ob selbe glücklich gelungen ist, darüber fehlen bis jetzt die Nachrichten.

Von grossem Interesse ist der letzte, von Breisky im Archiv für Gynäkologie VI. Band, 1. Heft veröffentlichte Fall von einer Hydrometra lateralis als Folge congenitalen Verschlusses eines Scheidenrudimentes bei Uterus duplex. Es war bis zu diesem Fall keine Beobachtung beschrieben, wo beim Weibe in geschlechtsfähigem Alter die Hydrometra als Folge angeborenen Verschlusses einer Scheiden- und Uterushälfte bei Verdoppelung des Genitalkanales nachgewiesen wurde. Der Fall betraf eine 38 Jahre alte Frau, bei welcher im 18. Jahre ohne Beschwerden die Periode eintrat; dieselbe blieb regelmässig, aber schwach und war unschmerzhaft. Die Frau hat glücklich viermal geboren. Während der zweiten Schwangerschaft entstand ein Scheidenvorfall. Seit zwei Jahren litt die Patientin an Harnbeschwerden. Die Zunahme des Vorfalles veranlasste die Frau Hülfe auf der gynäkologischen Klinik zu Bern zu suchen. Bei der Untersuchung fand man zwei ungleich grosse, vom Becken aufsteigende Geschwülste im Bauche. Die grössere war oval, nach links oben gerichtet und rechts bis zum Nabel. Sie hatte die Grösse eines schwangeren Uterus im sechsten Monat und war glatt, weich, elastisch, deutlich fluctuirend, unbeweglich und durchaus unschmerzhaft. Der zweite kleinere Tumor kreuzte sich in seiner Richtung mit dem ersteren, an dessen Vorderfläche er nach rechts gerichtet aufstieg. Er reichte handbreit über die Symphysis, war

faustgross, länglichrund, mässig empfindlich und beweglich. Die Scheide war gestreckt, die Vaginalportion verkürzt, der Muttermund stand dicht hinter der Schamfuge. Durch die bimanuelle Untersuchung und die Sondirung wurde der zweite kleinere Tumor als Uterus erkannt, dessen Höhle 5 Cm. betrug. Die grosse Geschwulst setzte sich, die hintere Scheidenwand hervorwölbend in die Beckenhöhle herab. Bei Druck auf den Bauchtumor war deutliche Fluctuation im Scheidentumor zu fühlen. Der Scheidentumor hatte die Grösse eines starken Kindskopfes, war aber weniger gespannt als der Bauchtumor. Vom Mastdarm aus fühlte man die Geschwulst sehr deutlich, ebenso wie ihre Fluctuation. In der Blase war wenig Harn, die Harnröhre erschien etwas nach rechts dislocirt. Breisky punktirte wegen der Harnbeschwerden die Geschwulst an der tiefsten Stelle derselben, in der Scheide, und entleerte 1400 Cub. Cm. klare, gelbgrüne, etwas viscide Flüssigkeit, welche beim Schütteln schäumt, schwach alkalisch reagirt und bei Zusatz von NO_5 reichliches flockiges Sediment liefert, das sich im Säureüberschuss nicht löst. Das Verhalten der Flüssigkeit sprach für eine Ovariencyste. Nach der Punktion kamen keine unangenehme Zufälle. 28 Tage nach der Entleerung fand Breisky bei der Untersuchung die Geschwulst wieder bedeutend gewachsen und den Uterus nach rechts und oben gedrängt. In der hinteren Scheidenwand fühlte man unter der Schleimhaut eine scharfumschriebene, kreisrunde Lücke von der Grösse eines Fünffrankenthalers. Die Schleimhaut über der Lücke fühlte sich auffallend dünnwandiger an und liess sich in dieselbe einstülpen, wobei man die glatten,

stumpfen Ränder derselben umgreifen konnte, welche sich wie ein mässig gespannter, dünner Ringmuskelsaum anfühlten. Die Lücke sass rechts und hinten von der nach links und vorn gedrängten Portio vaginalis. Der mit derselben zusammenhängende Geschwulstsack erhebt sich nach links hinter dem Uterus aufsteigend bis handbreit über dem linken Schambein. Dieser Befund musste die Annahme eines vorhandenen Bildungsfehlers des Uterus, mit Verschluss der einen Hälfte und Stauung von Flüssigkeit in derselben nahe legen. Die Kranke kam bald wieder in die Klinik, stark fiebernd mit Harnbeschwerden und heftigen Schmerzen im Unterleib. Wegen der heftigen Harnbeschwerden punktirte Breisky die Geschwulst abermals, diessmal in der Lücke mit einem langen gekrümmten Troikart. Es entleerte sich ein Liter gelbgrüne, trübe Flüssigkeit, welche ebenfalls alkalisch reagirte, reich an Eiweiss war; am anderen Tage ging nochmals über ½ Liter von dieser Flüssigkeit ab. Da die Flüssigkeit nicht frei abfliessen konnte, so spaltete Breisky die Lücke mit einem Bistouri bis zu ihrem kreisrunden, festen Rande. Der Sack verkleinerte sich rasch, der in denselben eingeführte Finger konnte leicht nachweisen, dass in der That der Rand der Lücke der Saum einer Muttermundsöffnung war.

Der dünnwandige Sack war leicht auszutasten und gehörte seiner Lage nach der linken Hälfte eines Uterus duplex an. Seine Innenfläche war glatt, unterhalb der Muttermundsöffnung hatte derselbe eine weichere, schleimhautartigere Wandung und stellte ein etwa wallnussgrosses Divertikel dar, welches als Scheidenrudiment aufzufassen war. Bei späteren Untersuchungen fand man

den Sack zu einem walzenförmigen, etwa federkieldicken, fast horizontal nach links und hinter dem entwickelten Uterus gelagerten Körper von etwa 5 Cm. Länge reduzirt, welcher noch empfindlich war und keine Beweglichkeit zeigte. Das Scheidendivertikel war sehr geschrumpft, die Schnittöffnung zusammengezogen, doch liess sich in dieselbe eine Sonde einführen, welche etwa 4 Cm. tief in den Sack eindringen konnte. Die Frau befand sich völlig wohl. Bei einer später vorgenommenen hohen Rectaluntersuchung konnte zweifellos festgestellt werden, dass der entwickelte rechtseitige Uterus ein Unicornis gewesen, dessen Tuba und Ovarium deutlich tastbar waren, während die Hydrometra in dem rudimentär entwickelten zweiten Horn sich ausbildete. Nachdem ich im Auszuge die seit dem Erscheinen der Dissertation von Magenau veröffentlichten neuen Fälle mitgetheilt habe, will ich nun den von mir selbst beobachteten Fall von Pyometra und Pyocolpos lateralis beschreiben. Der Fall betraf das 22jährige Kammermädchen D. K. aus Böhmen, welches am 24. September 1873 auf die gynäkologische Klinik aufgenommen wurde. Patientin war bis zum 15. Jahr, wo zum ersten Male die Periode sich zeigte, ganz gesund. Die Periode trat schmerzlos ein, dauerte einige Tage und verlief normal. Bis zum 16. Jahre zeigte die alle vier Wochen wiederkehrende Periode nichts Abnormes. Im 16. Jahre verkühlte sich Patientin während einer Periode beim Waschen, sie bekam heftige Schmerzen im Unterleib, welche erst allmählig sich verloren. Während dieser Periode ging neben gewöhnlich gefärbtem Blut unter heftigen Schmerzen zum ersten Male eine kaffeesatzartige Masse

in grosser Quantität durch zwei Tage ab, worauf Patientin sich wesentlich erleichert fühlte. In dieser Zeit will Patientin auch zuerst einen lästigen Druck in der rechten Inguinalgegend bemerkt haben. Bei der nächsten Periode, welche mit Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, sowie beim Wasserlassen sich einstellte, ging abermals diese kaffeesatzartige, geruchlose Masse mit normal gefärbtem Blut ab. Die Schmerzen im Bauch verloren sich nach dieser Periode nicht mehr, gleichzeitig zeigte sich ein grünlich gelber, etwas übelriechender Ausfluss, der nur zeitweilig eintrat und meist wenige Stunden währte. Die nächsten zwei Perioden traten etwas später ein und verliefen unter denselben Schmerzen wie die früheren. Durch ein halbes Jahr blieb von jetzt an die Periode aus, während dieser Zeit fühlte Patientin sich schwach und matt, gleichzeitig wurde der Ausfluss stärker, ebenso nahmen die Schmerzen im Unterleib, vorzüglich in der rechten Seite, an Intensität zu. Die Periode trat nach halbjähriger Amenorrhoe unter sehr heftigen Schmerzen wieder ein, es ging, wie früher, ebenfalls neben hellrothem, dünnflüssigen Blut eine grosse Quantität dickflüssige, kaffeesatzähnliche Masse ab. Seit dieser Zeit klagte Patientin auch über ein Gefühl von Völle und Abwärtsdrängen im Becken und fühlte sich meist erleichtert, wenn der grünlich gelbe Ausfluss etwas stärker abging. Die behandelnden Aerzte hielten den Zustand für Bleichsucht. Allmählig wurden die Schmerzen im Unterleib immer stärker, während gleichzeitig der Ausfluss sich reichlicher einstellte, so dass das Mädchen nach jahrelanger Dauer des Zustandes sich entschloss, Hilfe in der hie-

sigen gynäkologischen Klinik zu suchen. Patientin ist mittelgross, sehr blass, etwas mager, fieberlos und zeigt keine auffallende Breite des Körpers. Der Beckenumfang betrug 75 Cm., der Abstand der Spinae 24,6, der Cristae 28,2, der Trochanteren 31,0, der Conjugata externa 18,0 Cm. Der Bauch war nicht aufgetrieben, zeigte keine Vorwölbung, war aber in der rechten Inguinalgegend selbst bei mässigem Druck schmerzhaft. Es liess sich daselbst eine aus dem kleinen Becken aufsteigende, prall gespannte Geschwulst abtasten, welche bis zwei Finger breit unter dem Nabel hinaufreichte und die ganze rechte Unterbauchgegend bis zur Darmbeinschaufel einnahm. Die Form der Geschwulst war eiförmig, sie zeigte weder deutliche Fluctuation noch Beweglichkeit. Die äusseren Geschlechtstheile waren normal, ebenso wie der einfache, erhaltene Hymen. Die Vagina war eng, ungefähr 2 Zoll über dem Introitus vaginae begann an der rechten und vorderen Wand eine gespannte, bei Berührung schmerzhafte Geschwulst, welche nach oben grösser werdend, das ganze rechte Scheidengewölbe einnahm, die Scheide nach links verdrängte, so dass neben der Geschwulst nur noch ein Finger nach links eingeführt werden konnte. Die Geschwulst lag mehr nach vorn und rechts, während die Vagina im oberen Theile hinter der Geschwulst verlief. Die Geschwulst zeigte Fluctuation, prall gespannte Wände und spitzte sich gegen den Scheidenausgang scharf zu. Mit zwei Fingern liess sich die Geschwulst nach links oben umgehen, wobei man hoch oben nach links und etwas hinter der Geschwulst den offenen, zur Seite gedrängten Muttermund fühlte, dessen Lippen mondsichelartig sich präsentirten und nach rechts

oben und unten unmittelbar in die Geschwulst übergingen. Bei der bimanuellen Untersuchung liess sich sofort der Zusammenhang der in der rechten Unterbauchgegend liegenden Geschwulst mit der im Scheidengewölbe befindlichen nachweisen; Druck von oben brachte die Geschwulst in der Scheide tiefer und umgekehrt, ebenso war die Fluctuation in der ganzen Geschwulst jetzt deutlich, wenn auch in der in der Scheide befindlichen Geschwulst deutlicher nachweisbar. Nach links von der Geschwulst liess sich oberhalb der Schamfuge eine zweite kleinere, härtere Geschwulst tasten, welche nach oben und links in die Bauchhöhle aufstieg, schmerzlos bei Druck und beweglich war. Die Geschwulst stand im Zusammenhang mit dem Muttermund und liess sich durch die bimanuelle Untersuchung allein schon als der nach oben und links gelagerte Uterus erkennen. Die Sondirung bestätigte die Annahme und ergab eine 6 Cm. lange Höhle. Während der Untersuchung ging fortwährend eine grünlich gelbe Flüssigkeit ab, welche im hohen Grade übel roch. Druck auf die in der Scheide befindliche Geschwulst brachte die Flüssigkeit zum stärkeren Abfliessen. Die Untersuchung durch den Mastdarm liess die in der Scheide befindliche Geschwulst deutlich nachweisen, neben welcher man hoch oben nach links auf den derben, walzenförmigen Uterus kam, welcher durch eine derbere Masse unmittelbar mit der Geschwulst in Verbindung stand. Da kurz zuvor zwei ähnliche Fälle auf der Klinik vorkamen, so konnte die Diagnose sehr leicht aus der Anamnese, sowie der Untersuchung auf das Vorhandensein eines Uterus duplex mit doppelter Vagina gestellt werden, von welcher die rechte

rudimentär gebildet und geschlossen war. In Folge dieses Verschlusses kam es anfangs zur Ansammlung von gestautem Menstrualblut — zur Hæmatometra, Hæmatocolpos — welche im 16. Jahre unter heftigen Schmerzen sich in den linken Uterus theilweise entleerte und bei jeder Periode den kaffeesatzartigen Ausfluss lieferte neben normalgefärbtem, dünnflüssigen Blut. Allmählig kam es in Folge der unvollständigen Entleerung des Vaginalblindsackes bei offener Communication zwischen beiden Gebärmüttern zur Ausbildung einer Pyometra und Pyocolpos lateralis, indem das zurückgehaltene Secret seine reizenden Eigenschaften auf die Schleimhaut äusserte und sie in den Zustand jener exquisiten Blenorrhoe mit Vascularisation und copiöser, eitriger Secretion zersetzte, welche bis jetzt bei allen Fällen von Pyometra und Pyocolpos beobachtet wurde. Einige Tage nach der Aufnahme stellte sich unter heftigen Schmerzen die Periode ein, wobei sich neben normalgefärbtem Blut wieder die kaffeesatzähnliche Masse entleerte. Die Periode dauerte zwei Tage, der Blutabgang war bedeutend. Nach der Periode wurde die Patientin abermals untersucht, wobei sich herausstellte, dass sowohl die Geschwulst in der Scheide als die in der rechten Unterbauchgegend auffallend schlaffer und schmerzloser war. Per vaginam konnte man diessmal leicht zu dem Muttermund gelangen, welcher offen und ähnlich beschaffen wie früher gefunden wurde. Durch ein langes schmales Speculum von Sims liess sich der Muttermund ansichtig machen, wobei man das Abfliessen der grünlich gelben Flüssigkeit aus demselben wahrnehmen konnte. Am 8. November trat unter etwas geringeren Schmerzen als

früher die Periode abermals ein, sie dauerte zwei Tage, es ging sehr wenig Blut und keine kaffeesatzartige Masse ab. Nach der Periode stellte sich der grüne, übelriechende Ausfluss wieder ein, und zwar in grösserer Menge als früher. Die Untersuchung ergab ein Erschlafftsein des Sackes in der Vagina, wodurch der Vaginaltheil tiefer in's Becken hereinzustehen und desshalb sehr leicht zu erreichen war. Beschwerden beim Wasserlassen und Stuhlabsetzen waren in der letzten Zeit nicht vorhanden gewesen. Am 29. November erschien die Geschwulst in der Scheide wieder prall gespannt und war sehr schmerzhaft. Die der Patientin vorgeschlagene Operation wurde mit der Bedingung acceptirt, dass sie nicht chloroformirt werden solle. In der horizontalen Rückenlage bei erhöhtem Kreuz machte Herr Prof. Säxinger unter der Leitung des Zeigefingers der einen Hand einen Einstich mit einem spitzen Bistouri an dem hervorgewölbtesten Theile der Geschwulst. Sofort entleerte sich eine grosse Menge grünlich braune, übelriechende Flüssigkeit. In die Einstichöffnung wurde ein Scheerenblatt einer gebogenen Scheere eingebracht und der Sack seiner ganzen Länge nach von der rechten Seite der Scheide an bis zum Muttermund des linken Uterus in einer Ausdehnung von mehr als 2 Zoll gespalten. Die Wand der Geschwulst war sehr fest, dick und liess sich nur mit grosser Mühe durchschneiden. Die Innenfläche der gespaltenen Geschwulst war glatt und zeigte nach oben in der Höhe des Muttermunds der linken Gebärmutter und mit diesem durch ein etwa $1^1/_2$ Cm. derbes Gewebe verbunden, den zweiten Muttermund des rechten Horns. Derselbe war von straffem Rande umgeben und

soweit geöffnet, dass die Spitze des Fingers bequem eingelegt werden konnte. Bei der Operation verlor Patientin wenig Blut und fühlte sich auch nicht schwach darnach. In den ersten Tagen nach der Operation musste durch einige Tage die Blase mit dem Katheter entleert werden, die Patientin hatte wenig Schmerzen, kein Fieber und befand sich völlig wohl. Der Ausfluss war anfangs blutig gefärbt, wurde später ein eiteriger, war jedoch gut aussehend und nicht übelriechend. Die Behandlung beschränkt sich auf exacte Reinhaltung der Wunde, welche durch Einspritzen von lauem Wasser erzielt wurde, welchem etwas Karbolsäure zugesetzt war. Die Menge der bei der Operation abgegangenen Flüssigkeit betrug gegen 1½ Schoppen. Zwei Tage nach derselben ging noch stossweise, jedoch in kleinen Quantitäten, etwas von der gestauten Flüssigkeit ab. Nach der Operation verkleinerte sich der rechte Uterus rasch, so dass am 8ten Tage derselbe an Grösse und Form dem linken gleich kam. Die Sondirung des rechten Horns ergab in dieser Zeit eine Höhle von 6 Cm., der Abstand der in beiden Gebärmüttern eingeführten Sonden betrug an ihren Knöpfen 10 Cm., bei gleichzeitig vorgenommener Rectaluntersuchung stellte es sich heraus, dass beide Halstheile durch eine etwa 1½ Cm. breite, ungemein derbe Masse, und zwar an der ganzen Länge des Halses hinauf, miteinander verbunden waren. Während beide Sonden in den Hörnern lagen, konnte man durch tiefes Eingehen von der vorderen Bauchfläche aus, bei gleichzeitiger Untersuchung per Rectum deutlich nachweisen, dass die beiden Gebärmütter mit ihren walzenförmigen, kolbigen Körpern divergirend nach Aussen

rechts und links verliefen, auch liess sich das sie verbindende Mittelstück sehr gut bimanuell abtasten. Von der Vagina aus betrug das die beiden Orificia verbindende Mittelstück nicht ganz $1^1/_2$ Cm. Der Ausfluss wurde 14 Tage nach der Operation schon spärlicher, die Incissionswunde hatte sich soweit zusammengezogen, dass man nur noch einen Finger bequem einführen konnte. Am 31. Dezember konnte die Patientin auf ihren Wunsch genesen entlassen werden. Am 5. Februar meldete sie sich abermals zur Aufnahme, da seit einiger Zeit wieder ein grünlich gelber, fade riechender Ausfluss sich einstellte, gegen welchen Patientin vergeblich laue Sitzbäder gebrauchte. Vor Eintritt der Periode hatte Patientin heftige Bauchschmerzen auf beiden Seiten des Bauches, die Periode kam am 20. Januar und dauerte durch sieben Tage an. Nach der Periode hörten die Schmerzen, jedoch nicht der Ausfluss auf, wesshalb Patientin sich abermals in die Klinik aufnehmen liess. Bei der Untersuchung fand sich die Oeffnung in der Scheide noch sehr bequem für einen Finger durchgängig, der Scheidensack liess sich leicht abtasten, wobei sich herausstellte, dass der etwa 2 Zoll vom Scheideneingang entfernt gelegene Blindsack nicht eine rudimentär gebildete Scheide war, welche etwa in der Mitte der Scheide blind endigte.

An der tiefsten Stelle des Scheidenblindsacks konnte man jetzt eine kleine Oeffnung tasten, welche sich ohne besondere Mühe erweitern liess, bis der Zeigefinger eingeführt werden konnte, der allmählig so tief herabdrang, dass seine Spitze bis im Scheideneingang zu fühlen war. Es war somit sichergestellt, dass die Scheide

des rechten Uterus bis zum Introitus vaginae herabreichte und da verschlossen war. Herr Prof. Säxinger nahm sofort die Spaltung derselben bis zum Scheideneingang vor, indem er unter Leitung des Zeigefingers die ungemein derbe, resistente Wand derselben bis herab mit einer gebogenen Scheere durchschnitt. Die Blutung war ganz unbedeutend. Die Scheide, welche oben mehr nach vorn und rechts lag, lief nach abwärts gerade nach rechts herab, so dass das blinde Ende derselben gerade zur Seite sass, während der durch Secret ausgedehnte obere Theil derselben mehr nach vorn und rechts sich ausbreitete. Die Sondirung beider Gebärmütter gelang sehr leicht, beide Höhlen waren 6 Cm. lang, die Heilung ging ohne Zwischenfall sehr gut vor sich, Patientin konnte schon am achten Tage nach der Operation das Bett verlassen und befand sich völlig wohl. Da nach Spaltung der rechten Scheide beide Orificia bequem durch ein Speculum zur Ansicht gebracht werden konnten, so wurde Patientin, da sie über Bauchschmerzen zu klagen anfing, welche sich stets vor der Periode einfanden, täglich zweimal untersucht, um sicherstellen zu können, ob die Periode gleichzeitig in beiden Gebärmüttern sich einstellte. Es konnte mit Bestimmtheit ermittelt werden, dass das rechte Horn volle 24 Stunden früher als das linke, und zwar stark menstruirte. Während aus dem rechten Horn sich das Menstrualblut entleerte, ging aus dem linken ein zäher, glasiger Schleim ab. Das linke Horn menstruirte auffallend spärlicher als das rechte, die Periode hörte jedoch gleichzeitig in beiden Hörnern auf, nachdem sie vom 10. bis 14. März gedauert hatte und seit dem 20. Januar nicht mehr eingetreten war.

Es konnte somit in diesem Falle von Uterus bicornis abermals beobachtet werden, dass die Periode in beiden Hörnern nicht gleichzeitig sich einstellte. In dem Falle von Dr. Neudörffer wurde lediglich zur wiederholten Sicherstellung dieses Umstandes die Patientin so lange in der Klinik gelassen, um drei Perioden beobachten zu können, bei allen dreien trat die Periode in beiden Hörnern nicht gleichzeitig, sondern stets im linken Horn um zwei Tage früher ein. Am 19. März wurde die Patientin gesund entlassen, die Scheide war in ihrer ganzen Länge offen geblieben. Von Interesse war bei diesem Fall von Uterus und Vagina duplex, dass, trotzdem die zweite Scheide bis zum Scheideneingang herabreichte, der durch gestautes Secret ausgedehnte obere Theil desselben so scharf 2 Zoll vom Introitus vaginae entfernt endete. Wahrscheinlich befand sich hier ein Verschluss derselben, der erst nach Spaltung des Scheidenblindsackes und wiederholter Zerrung seiner Wände bei der Untersuchung sich öffnete und das Einführen des Fingers zuliess. Privaten Nachrichten zu Folge, befindet sich Patientin ganz wohl und kann ohne Anstand ihrem Berufe nachkommen.